

## **BAB I**

### **Pendahuluan**

#### **A. Latar Belakang**

Organisasi kesehatan dunia atau *World Health Organization* (WHO) menyebutkan bahwa penyakit Penyakit Jantung Koroner ( PJK) menduduki urutan pertama penyebab kematian di dunia (WHO, 2017). PJK yang termasuk didalam penyakit kardiovaskuler menjadi penyakit yang mematikan dengan pravalensi 7,4 juta jiwa yang meninggal disebabkan oleh penyakit ini. Data pada tahun 2015 menunjukkan bahwa angka kematian yang disebabkan oleh PJK menduduki peringkat pertama dan mengalahkan angka kematian yang disebabkan oleh stroke (6,7 juta kasus) yang sebelumnya menjadi penyakit mematikan nomer satu di dunia (WHO, 2017). Angka kematian yang disebabkan oleh PJK diberbagai negara mengalami peningkatan khususnya di negara-negara berkembang, salah satu diantaranya berada di Asia Tenggara. Angka kematian yang disebabkan oleh PJK mencapai 1,8 juta kasus ditahun 2014, yang artinya PJK menjadi penyakit yang mematikan nomer satu di kawasan Asia Tenggara. Hampir seluruh negara di kawasan Asia Tenggara mengalami kenaikan kasus kematian yang disebabkan oleh PJK, salah satu negaranya adalah Indonesia.

Angka kematian yang disebabkan oleh PJK di Indonesia cukup tinggi mencapai 1,25 juta jiwa jika populasi penduduk Indonesia 250 juta jiwa, PJK juga menjadi penyakit mematikan nomer satu di Indonesia

(Kemenkes, 2014). Data dari 2013 menyebutkan bahwa prevalensi PJK di Indonesia mencapai 883.447 berdasarkan diagnosis dokter, angka tertinggi diduduki oleh provinsi Jawa Barat dengan angka 160.812, sedangkan di Jawa Tengah menduduki peringkat ketiga kasus PJK dengan angka 120.447 (Kemenkes, 2014).

PJK merupakan penyakit kardiovaskuler yang disebabkan oleh penyempitan atau penghambatan pembuluh arteri yang mengalirkan darah ke otot jantung (Soeharto, 2009). Tingginya angka kematian yang disebabkan oleh PJK dan penyakit kardiovaskuler lainnya, pemerintah khususnya menteri kesehatan membuat kebijakan dalam keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia Nomor 845/Menkes/SK/IX/2009 tentang pedoman pengendalian penyakit jantung dan pembuluh darah. Dalam rangka penurunan angka kesakitan, angka kematian, angka kecacatan penyakit jantung dan pembuluh darah, harus dilakukan pengendalian penyakit jantung dan pembuluh darah secara terintegrasi dan berkesinambungan, karena PJK memberikan dampak berupa gejala fisik dan psikoemosional yang berdampak pada kualitas hidup.

Kualitas hidup yang buruk pada beberapa penyakit kronis khususnya PJK ditunjukkan dari beberapa penelitian di dunia. Penelitian yang dilakukan Srivastava, kualitas hidup pada pasien yang menderita PJK cenderung tidak baik atau dapat dikatakan bahwa kualitas hidup pada PJK rendah (Srivasta, dkk. 2017). Penelitian kualitas hidup pada PJK juga dilakukan oleh Morys dkk, dalam penelitiannya pasien dengan PJK

memiliki kualitas hidup yang rendah atau buruk. Penelitian ini juga menyebutkan bahwa kecemasan pada PJK tinggi (Morys, dkk 2016). Penelitian yang dilakukan Ghasemi dkk pada responden wanita dengan PJK juga menunjukkan bahwa kualitas hidupnya rendah atau tidak sesuai dengan yang diharapkan Ghasemi, dkk (2014). Kualitas hidup yang terkait kesehatan atau *Health Related Quality of Life* (HRQoL) pada beberapa penyakit kronis khususnya PJK menunjukkan bahwa kualitas hidup pada penderita PJK rendah. Penelitian lain pada PJK menunjukkan gejala depresi yang menonjol, dan menunjukkan bahwa HRQoLnya juga rendah (Megari, 2013).

Kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan dapat diartikan sebagai respon emosi dari penderita terhadap aktifitas sosial, emosional, pekerjaan, hubungan antar keluarga, rasa senang dan bahagia, adanya kesesuaian antara harapan dan kenyataan, adanya kepuasan melakukan aktifitas fisik, sosial dan emosional. Kualitas hidup yang buruk akan menimbulkan berbagai permasalahan yang buruk pula pada kesehatan dan kehidupan pasien. Kualitas hidup menjadi indikasi keberhasilan terapi atau pengobatan pasien, terutama pada pasien pasien yang menderita penyakit kronis, khususnya penderita PJK. Dalam hal ini intervensi yang tepat dibutuhkan untuk memperbaiki kualitas hidup atau meningkatkan kualitas hidup pada penderita penyakit kronis (Kemenkes, 2014).

Peningkatan kualitas hidup dan perbaikan kualitas hidup merupakan tujuan akhir dari intervensi pada penyakit kronis, khususnya penyakit PJK dan kecerdasan spiritual dapat menjadikan seseorang lebih dapat memaknai kehidupan serta memiliki makna positif pada setiap peristiwa, masalah, bahkan penderitaan yang dialami sehingga mampu membangkitkan jiwanya, melakukan perbuatan dan tindakan yang positif sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup (Zohar dan Marshall, 2007). Beberapa penelitian menyebutkan bahwa penderita PJK memiliki kecerdasan spiritual yang buruk. Kecerdasan spiritual yang buruk yang ditunjukkan oleh penderita PJK diantaranya adalah kecemasan dan depresi yang tinggi, kurangnya kepercayaan diri tentang masa depan, dan kekhawatiran akan kematian meningkat (Nekouei dkk, 2014). Studi lain menyebutkan bahwa pada penderita PJK menunjukkan gejala stres, cemas, emosi yang kurang stabil atau mudah marah (Morris dkk, 2016). Seseorang yang memiliki kecerdasan spiritual yang baik akan merespon dengan baik tekanan-tekanan yang mempengaruhi kesehatan fisik, juga dapat mengendalikan stresor dengan baik (Bayrami dan Movavedi, 2014). Kecerdasan spiritual membantu seseorang dalam menghadapi masalah dan gangguan hidup (Kaheni, Haedar dan Nasiri, 2013). Kecerdasan spiritual juga berperan penting dalam menjaga kesehatan fisik dan mental, serta berperan dalam meningkatkan kesejahteraan mental di masyarakat (Ghana dkk, 2013).

Dari latar belakang diatas peneliti tertarik melakukan penelitian tentang hubungan kecerdasan spiritual dengan kualitas hidup pasien PJK di Poli Jantung Rumah Sakit Dokter Moewardi Surakarta.

## **B. Rumusan Masalah**

Apakah ada hubungan antara kecerdasan spiritual dengan kualitas hidup pasien Penyakit Jantung Koroner di Poli Jantung Rumah Sakit Dokter Moewardi Surakarta?

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui hubungan antara kecerdasan spiritual dengan kualitas hidup pasien Penyakit Jantung Koroner di Rumah Sakit Dokter Moewardi Surakarta.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mendeskripsikan karakteristik responden pasien PJK di Rumah Sakit Dokter Moewardi
- b. Mengetahui kecerdasan spiritual pasien PJK di Rumah Sakit Dokter Moewardi Surakarta
- c. Mengetahui kualitas hidup pasien PJK di Rumah Sakit Dokter Moewardi Surakarta
- d. Mengetahui hubungan antara kecerdasan spiritual dengan kualitas hidup pasien PJK di Rumah Sakit Dokter Moewardi Surakarta.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Pendidikan keperawatan**

- a. Memperkaya ilmu keperawatan tentang pentingnya kecerdasan spiritual dan kualitas hidup pasien dengan PJK dalam melaksanakan asuhan keperawatan
- b. Memberikan dukungan teoritis mengenai gambar kecerdasan spiritual dan kualitas hidup pasien PJK

##### **2. Pelayanan keperawatan**

- a. Memberikan manfaat kepada RSDM Surakarta khususnya bangsal penyakit jantung tentang pentingnya kecerdasan spiritual untuk memulihkan keadaan seoptimal mungkin dan meningkatkan kualitas hidup pasien
- b. Memberikan manfaat kepada tenaga kesehatan dipelayanan jantung mengenai pentingnya aspek kecerdasan spiritual dan kualitas hidup pasien PJK dalam melaksanakan asuhan keperawatan

##### **3. Peneliti keperawatan**

Memberikan tambahan data untuk pengembangan penelitian mengenai kualitas hidup pasien PJK.

#### **E. Keaslian Penelitian**

1. Penelitian yang dilakukan oleh Alfiannur, Nauli dan Dewi (2015) dengan judul Hubungan Kecerdasan Spiritual dengan Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa di Rumah Sakit Arifin Achmad Pekanbaru. Metode penelitian menggunakan deskripsi korelasi dengan pendekatan *cross sectional* dengan sampel 30 pasien Gagal Ginjal Kronis dan menggunakan *purposive sampling*. Perbedaan pada penelitian saya dengan penelitian Alfiannur, Nauli dan Dewi (2015) terletak pada variabel independen, teknik sampling, responden, jumlah responden, dan tempat penelitian.
2. Penelitian kedua dilakukan oleh Mahanani (2017) dengan judul Gambaran Kualitas Hidup pada Pasien Gagal Jantung di Kota Surakarta. Metode penelitian dengan menggunakan deskriptif korelatif. Teknik sampling yang digunakan adalah *total sampling*, jumlah responden adalah 20 responden. Perbedaan pada penelitian ini terletak pada variabel independen, responden, jumlah responden, dan tempat penelitian.